

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NA ESCOLA: MEDIÇÃO PSICOPEDAGÓGICA

Maria Fernanda Batista Coelho da Fonseca; Mauro Muszkat; Sueli Rizutti

RESUMO – O estudo apresenta um caso de mediação psicopedagógica para diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), tratamento, orientação na escola, família, e com a criança. A criança foi encaminhada pela psicopedagoga para avaliação interdisciplinar dos aspectos psicopedagógicos, neuropsicológico, neuropediátrico, psiquiátrico e familiar. A queixa da escola e da mãe era de que a criança estava agressiva, opositora, recusava-se a fazer as atividades, provocava confusões em casa e na sala de aula, era desorganizada, sem cuidado com seus pertences pessoais, não conseguia manter amizades e não demonstrava interesse pelas lições. Foi tratada com medicação metilfenidato, com melhora imediata da impulsividade e desatenção. Foram aplicados testes neuropsicológicos, psicopedagógicos, escalas de comportamento, antes e após o tratamento medicamentoso. Após o tratamento e as intervenções, foi verificada grande melhora no comportamento, na aprendizagem e nas relações pessoais. Os resultados nos testes foram para melhor; em relação à aprendizagem, foi possível verificar uma dificuldade fonológica do processo de alfabetização, que antes não foi constatado devido a sua recusa. A psicopedagoga fez orientação na escola e soube na ocasião que a criança frequentava o reforço escolar na escola, com conteúdo mais relacionado à matéria atual, assim foi realizada orientação para que fosse trabalhado o processo de alfabetização com ênfase nos aspectos fonológicos devido às dificuldades apresentadas na escrita e na leitura. A relação Saúde e Educação trouxe perspectivas e intervenções importantes na vida escolar, demonstrando que é possível mudar o comportamento e a qualidade da aprendizagem de crianças com diagnóstico de TDAH.

UNITERMOS: Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. Transtornos de déficit da atenção e do comportamento disruptivo. Instituições acadêmicas.

Maria Fernanda Batista Coelho da Fonseca – Pedagoga, Psicopedagoga, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Psicobiologia, São Paulo, SP, Brasil.

Mauro Muszkat – Neuropediatra da Universidade Federal de São Paulo, Psicobiologia, SP/Brasil, Professor de pós-graduação – Educação e Saúde UNIFESP/Guarulhos, São Paulo, SP, Brasil.

Sueli Rizutti – Neuropediatra, Professora de pós-graduação – Educação e Saúde – UNIFESP/Guarulhos, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência

Maria Fernanda Batista Coelho da Fonseca
UNIFESP/SP – Departamento de Psicobiologia – Disciplina de Psicobiologia – Centro de Pesquisa Neuropsicológica – Ambulatório Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Rua Embaú, 54 – Vila Clementino – São Paulo, SP, Brasil – CEP: 04039-060.

E-mail: mfernanda.bfonseca@gmail.com

INTRODUÇÃO

A avaliação psicopedagógica se propõe a verificar a compatibilidade entre o nível de desempenho da criança na escola e sua faixa etária, busca analisar as atitudes da criança frente à escola e à aprendizagem, identificando os fatores etiológicos, as competências ou as inabilidades que facilitam ou interferem no processo de aprender, em especial leitura, escrita e matemática, o vínculo estabelecido entre as pessoas envolvidas nesse processo, e um diagnóstico provável para indicações terapêuticas¹.

O psicopedagogo deve ampliar sempre sua avaliação, no sentido de considerar que a criança está em processo de desenvolvimento constante e que depende de adultos que irão conduzi-las em seu sucesso ou insucesso escolar. Para isso, é fundamental a ampliação da avaliação, no sentido de compreender a dinâmica familiar e do grupo social em que a criança está inserida, além de conhecer a dinâmica da escola e de seus profissionais, o que sem dúvida determina uma condição pedagógica e emocional.

Segundo Fonseca et al.², o professor precisa se atentar ao comportamento da criança no ambiente escolar, porque pode indicar fatores de risco ou proteção para o desenvolvimento típico da criança, dependendo dos mesmos estarem preservados ou comprometidos, o que vai oportunizar intervenções mais precoces e, conseqüentemente, resultados melhores no processo de aprender da criança.

A avaliação psicopedagógica deve ter um olhar mais individualizado sobre a criança aprendente, para isso o instrumento de Portilho/Beltrami³ - Questionário de Estilos de Aprendizagem para Crianças é o único que se tem conhecimento na área dos estilos de aprendizagem destinado às crianças pequenas. Segundo Beltrami³, o instrumento proporciona ao professor conhecer os aspectos essenciais e predominantes que seu aluno utiliza na hora de aprender. Ao conhecer e identificar o estilo de aprendizagem de seus alunos, o professor poderá tornar flexíveis as aulas, com diferentes estilos de ensinar, buscando contemplar os distintos estilos e promovendo a

melhoria da prática docente. Em contrapartida, o inventário permite ao aluno identificar sua maneira preferida de aprender, fazendo com que perceba, conheça suas limitações e também potencialidades, em busca de autonomia no seu processo de aprendizagem. Os estilos são ativo, reflexivo, teórico e pragmático.

Salami & Sarmiento⁴ afirmam que o psicopedagogo tem a possibilidade de centrar sua ação e intervir no conjunto de atores que possuem relação com os processos de ensino e aprendizagem: a equipe pedagógica, professores, alunos e pais. O trabalho psicopedagógico é inter e multidisciplinar, em que vários atores interagem e protagonizam seus papéis. Os postulados de Vygostsky e Feuerstein apontam para a necessidade de criação de uma nova ordem escolar, diferente da realidade que vivenciamos em nossas escolas, ou seja, uma escola em que os sujeitos da educação possam dialogar, duvidar, questionar e compartilhar saberes, uma escola em que haja espaço para erros, contradições e diferenças⁴.

A experiência de aprendizagem mediada é decorrente da interposição de um mediador, geralmente um adulto (pais, professores, psicopedagogos), que organiza as situações de aprendizagem de forma intencional. A experiência de atuação como psicopedagoga no ambiente escolar público possibilita a interação entre as pessoas envolvidas no processo de ensino-aprendizagem das crianças, agregando a equipe pedagógica para o aprimoramento dos processos e práticas de ensino numa perspectiva mediadora, compartilhando o pensar e o agir frente a um aluno com dificuldades para aprender.

Um transtorno que tem sido foco das atenções de pais, educadores e médicos nas escolas é o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em crianças que, na maioria das vezes, vem acompanhado de dificuldades para aprender.

Para Muszkat et al.⁵, esse transtorno é caracterizado pela dificuldade na modulação da atenção, no controle dos impulsos e na capacidade que a criança tem de controlar seu próprio nível de coordenação motora, planejar seus objetivos e estratégias e ação. Esse transtorno associa-se

em grande parte a dificuldades de aprendizagem, transtorno do humor, de ansiedade e vários problemas comportamentais. O transtorno nos coloca diante de desafios diagnósticos, que só podem ser abordados dentro de uma perspectiva interdisciplinar.

Segundo Barkley^{6,7}, o transtorno do déficit de atenção é um transtorno do desenvolvimento do autocontrole, que afeta a atenção, o controle de impulsos e o nível de atividade. Apesar de existirem crianças com TDAH identificadas apenas com desatenção, ou apenas hiperativo-impulsivo, a maioria (62%) corresponde ao tipo combinado⁸. Portanto, a dificuldade de manter a atenção é um dos sintomas mais prevalentes. Socialmente essas crianças, muitas vezes, são percebidas como indisciplinadas, pela dificuldade de atentar e seguir regras.

Barkley⁷ afirma que as que crianças com TDAH e Transtorno Desafiador Opositivo (TODO) comórbidos parecem ter níveis maiores de impulsividade do que crianças apenas com TDAH ou TDAH e um transtorno de ansiedade. Essas crianças apresentam comportamento mais impulsivo do que hiperativo.

Segundo Rodhe⁸, alunos com TDAH necessitam de estrutura externa bem definida, já que têm dificuldades com a organização e o planejamento. A sala de aula deve ser estruturada preferencialmente com um número pequeno de alunos, organização que seja dinâmica e flexível, que facilite o processo ensino-aprendizagem e a participação ativa de todos os envolvidos nesse processo. A sala deve ser arrumada de modo a haver bom acesso e boa visibilidade para todos. O aluno deve sentar-se próximo ao professor, no meio de colegas tranquilos e que possam ajudá-lo, longe de portas e janelas que possam provocar a distração. Devem ser ajudados a organizar o material e o trabalho. Quanto às aulas, devem ter uma rotina diária e clara, com períodos de descanso definidos. As regras, expectativas, instruções e orientações devem ser dadas de forma direta, clara e curta. Devem ser estabelecidas consequências razoáveis e realistas para o não cumprimento de tarefas e regras combinadas.

O presente estudo tem por objetivo apresentar um caso que se iniciou em 2011, quando a coordenadora de uma escola pública municipal da zona sul de São Paulo solicitou ajuda à psicopedagoga presente na escola para processo de avaliação das crianças para dados de pesquisa, para que auxiliasse no atendimento de um aluno de 6 anos de idade, matriculado no 1º ano. Segundo relato da orientadora, o aluno vinha apresentando comportamento bastante agitado, agressividade física e verbal a seus colegas e profissionais da escola, desobediência constante às regras estabelecidas, perturbação da organização da sala de aula, provocação aos colegas em sala de aula. Além disso, nos últimos meses, o aluno era retirado da sala de aula porque, quando irritado, quebrava tudo que estava pela frente, por várias vezes foi solicitada a presença da mãe para controlar a criança, que impedia o andamento das atividades.

Na oportunidade, foi realizada orientação psicopedagógica para professores, coordenadores, diretora e a mãe da criança no ambiente escolar. Após um período de observação e na medida em que as agressões se tornavam mais frequentes e acentuadas para colegas e profissionais da escola, o aluno foi encaminhado para o ambulatório de Déficit de Atenção e Hiperatividade do Centro de Pesquisa em Neuropsicologia – CPN–Psicobiologia/UNIFESP/SP para avaliação interdisciplinar.

Foi realizada avaliação interdisciplinar com neuropediatras, neuropsicólogos, psicopedagogas, terapeuta familiar e psiquiatra, sendo possível conhecer um pouco da vida diária da criança por meio das informações obtidas por sua mãe.

Segundo a mãe, tanto na escola, como em casa, estava muito difícil conduzir a criança, pois diariamente se apresentava *"nervoso, agitado, usava de gritos para suas conquistas, brigas, rebeldia o tempo todo, não respeita os adultos, falta de atenção, se coloca no grupo através de opressão e agressividade, coagindo os outros e com isso muita dificuldade para concentrar e aprender"*.

A mãe informou que os pais eram separados e que a criança não tinha contato com o pai.

Conforme informações da mãe, não houve problemas durante a gestação, nascimento ou desenvolvimento neuropsicomotor. A criança iniciou a vida escolar aos 5 anos de idade, com baixo desempenho, falta de interesse pelos estudos e muita dificuldade na adaptação escolar. Ainda segundo a mãe, a criança apresenta dificuldade para aprender, em decorrência da falta de concentração.

A avaliação da criança foi centrada em uma abordagem neuropsicológica, com dimensões cognitivas, avaliação psicopedagógica, avaliação neuropediátrica e psiquiátrica, para, após discussão dos resultados, definição da hipótese diagnóstica do quadro.

Os resultados indicaram hipótese diagnóstica de TDAH, subtipo combinado (DSMV 314.01), transtorno desafiante opositor (DSMV – 313.81); sintomas depressivos e dificuldades secundárias para a aprendizagem. Diante disso, o aluno foi encaminhado para: acompanhamento medicamentoso com metilfenidato de 0,7 mg/kg/dia, divididos em duas vezes, sendo uma dose após café da manhã e a segunda após o almoço; terapia psicológica no núcleo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), e CRAS (Centro de Referência de Serviço Social) para acompanhamento do caso, por se tratar de privação cultural e econômica da família.

O tratamento de crianças com TDAH visa à reorganização dos seus comportamentos, viabilizando atitudes funcionais do meio familiar, escolar e social. O tratamento enfatiza a modificação do comportamento, ajustamento acadêmico, atendimento psicológico e terapia farmacológica⁹.

A medicação indicada para o tratamento, o metilfenidato (Ritalina[®]), tem como mecanismo de ação os efeitos agonistas nos receptores alfa e beta adrenérgicos, bloqueia a recaptação de dopamina e norepinefrina no neurônio pré-sináptico, e também bloqueia os agonistas nos receptores alfa e beta adrenérgicos, na pós-sinapse. A dose habitual para uma boa eficácia é de 0,5 a 0,9 mg/kg/dia, dose máxima de 60 mg/dia. Crianças com menos de 25 kg não devem

receber doses maiores que 15 mg/dose (AACAP, 2001). A prática habitual é começar com uma dose baixa de 5 mg (2,5 mg para crianças abaixo de 5 anos) pela manhã e ao meio-dia. A dose é então aumentada 5 mg ou 2,5 mg por semana, até que se obtenha uma boa resposta ou até que se atinja 1 mg/kg de peso. Algumas crianças que metabolizam a droga mais rapidamente podem necessitar de doses três vezes ao dia. A dose usada raramente ultrapassa 60 mg/dia.

Os efeitos colaterais aparecem nas primeiras semanas de tratamento e são transitórios. Os efeitos colaterais em curto prazo incluem irritabilidade, insônia, labilidade emocional, cefaleia, dores abdominais e ansiedade. Dentre os efeitos em longo prazo estão perda de peso, desaceleração da curva de peso e alterações cardiovasculares. A irritabilidade algumas vezes ocorre no pico da medicação. Quando o efeito termina, tomar uma pequena dose da medicação no final do dia pode ser útil, alguns pacientes minimizam a irritabilidade comendo alguma coisa¹⁰. Epigastralgia e perda de apetite podem ser minimizadas quando se usa a medicação após ou junto das refeições. Se houver perda de peso persistente, deve-se mudar a medicação.

A intervenção sugerida foi medicação, terapia psicológica e orientação psicopedagógica e, após seis meses, a criança foi novamente submetida à reavaliação para verificação das alterações comportamentais, cognitivas, psicopedagógicas e emocionais.

Paralelamente a isso, a psicopedagoga acompanhou semanalmente a criança na escola, onde foi possível mediar as inter-relações entre a professora, a coordenadora, a mãe e a própria criança, para orientações de conduta e do processo de ensino-aprendizagem necessário para evolução dos estudos.

A avaliação psicopedagógica teve como objetivo conhecer o comportamento do aluno a partir da visão dos professores, suas condições de aprendizagem em sala de aula, analisar os processos de vínculo da criança com a aprendizagem, constatar prejuízos de leitura, escrita, compreensão e desempenho acadêmico, e ainda

criar possibilidades para identificar o estilo de aprendizagem predominante, para constatação das queixas e orientar quanto às prioridades de intervenção mediada.

MÉTODO

O Teste de Desempenho Escolar¹¹ (TDE) foi desenvolvido a partir da moderna metodologia de construções de instrumentos, que emprega itens em escala. O TDE é um instrumento psicométrico, que busca oferecer de forma objetiva uma avaliação das capacidades fundamentais para o desempenho escolar, mais especificamente da escrita, leitura e aritmética. O teste foi concebido para avaliação de escolares da primeira à sexta série do ensino fundamental, ainda que possa ser utilizado com algumas reservas para a sétima e oitava séries. A classificação é superior, médio e inferior, para cada série escolar. A aplicação do teste dura cerca de 30 minutos e este é composto por três subtestes:

- Escrita: nome próprio e palavras isoladas, em forma de ditado;
- Aritmética: solução oral de problemas, e cálculos de operações aritméticas por escrito;
- Leitura: reconhecimento de palavras isoladas do contexto.

A Escala de Comportamento Infantil na visão do Professor (EACI-P)¹², para análise do comportamento da criança na visão do professor, foi utilizada como principal instrumento. A escala preenchida pelo professor é composta de 62 itens, que avaliam o comportamento da criança em cinco dimensões: Hiperatividade/Problema de Conduta, Funcionamento/ Independência/Socialização Positiva, Inatenção, Neurotismo/Ansiedade e Socialização Negativa. A escala apresenta uma seção para avaliação do desempenho acadêmico (bem abaixo, abaixo, médio, acima e bem acima) e velocidade de execução das atividades (lento, médio e rápido), sempre considerando a criança em relação à turma, questões referentes a repetência, nível de compatibilidade da criança com a série, leitura, ditado e aritmética. O EACI-P permite também a coleta de informações

descritivas sobre comportamentos relevantes, atendimentos terapêuticos realizados, indicação de necessidades de encaminhamento e/ou atendimentos, interesses de estudos e dados sobre problemas de aprendizagem na família da criança.

São sintomas avaliados pelo instrumento conforme os seus cinco fatores/dimensões:

- a) Fator I – Hiperatividade/Problema conduta: constantemente se mexe (mesmo sentado); emite sons ou ruídos constantemente; pedido tem que ser imediatamente atendido (facilmente frustrável); irrequieto, hiperativo, excitável, impulsivo, mal humorado; perturba colegas; provoca confusões; humor muda drasticamente com rapidez; matreiro, se faz de esperto, destrutivo, mente, tem explosões de raiva, comportamento imprevisível; desafiador, atrevido, excessiva exigência de atenção; provoca outras crianças ou interfere com as suas atividades; teimoso, sempre mudando de atividade, grita em sala; dificuldade em esperar a sua vez, sempre correndo ou pulando, frequentemente responde antes que se complete a pergunta; tem dificuldade em brincar quieto, fala excessivamente, frequentemente interrompe ou se intromete nas atividades dos outros; frequentemente perde objetos de uso na escola e em casa (por exemplo, brinquedos, livros); participa das tarefas que envolvem perigo sem considerar as possíveis consequências, tenta envolver o outro em confusão, começa briga sem nenhum motivo, ridiculariza outro de modo malicioso;
- b) Fator II – Funcionamento Independente/Socialização Positiva: trabalha de forma independente, persiste em tarefas por um bom tempo, completa deveres com pouca assistência; segue instruções simples corretamente; funciona bem em sala de aula, executa corretamente uma sequência de instruções, comporta-se bem com os colegas; comunicação verbal clara e concatenada, comunicação verbal não correta, compreende normas e regras sociais; sabe

fazer novos amigos, enfrenta situações confiantes;

- c) Fator III – Inatenção: desatento, não termina o que começa, dificuldade em se concentrar nos deveres escolares; dificuldade em se fixar em uma brincadeira ou jogo; dificuldade em organizar suas atividades e deveres; muitas vezes parece não prestar atenção ao que está sendo dito a ele;
- d) Fator IV – Neurotismo/Ansiedade: extremamente sensível; extremamente sério ou triste; chora com frequência e facilidade; isola-se das outras crianças; submisso, tímido e medroso;
- e) Fator V - Socialização Negativa: parece não ser aceito pelo grupo; não tem espírito esportivo; parece não ter liderança; não se relaciona bem com o sexo oposto; não se relaciona bem com a criança do mesmo sexo.

A técnica Pareja Educativa é uma técnica desenvolvida na Argentina, que pode ser aplicada em crianças a partir de seis anos de idade até a idade adulta¹³. Tem por objetivo verificar o vínculo que a criança estabelece com a aprendizagem por meio da leitura e da relação do ser que ensina com o ser que aprende; analisar a produção gráfica e o relato nos seus aspectos afetivos, cognitivos e motores; efetuar análise do relato verbal e do grafismo do sujeito, buscando estabelecer uma correlação entre os mesmos, verificando se há vínculo parcial, ausente ou efetivo. A aplicação é individual.

RESULTADOS

Os resultados obtidos na avaliação psicopedagógica foram registrados antes e após as intervenções e são apresentados a seguir.

Aspectos Psicopedagógicos e Neuropsicológicos antes da Intervenção

Os resultados dos aspectos neuropsicológicos demonstram: Desempenho Intelectual Estimado (Wisc III¹⁴) 83 - médio inferior, sem discrepância. Memória a curto prazo (Digit Call) abaixo do esperado; (Dot Matrix) acima do esperado

(Listening Recall) abaixo do esperado; (Spatial recall) abaixo do esperado.

Os resultados dos aspectos psicopedagógicos demonstraram, com relação ao comportamento (EACI-P), agitação, agressividade, desorganização, desrespeito às regras, impulsividade, perturbação dos colegas e professor, comportamentopositor, emprego de palavras inadequadas ao ambiente, e não permanência em sala de aula. Revelaram também que o aluno era manipulador, dissimulado, maldoso, e que não se envolvia afetivamente com as pessoas. Apresentava baixa concentração, aparência física maltratada e não higienizada. Faltava muito à escola, arrumava muita confusão com colegas e professores, e suas brincadeiras eram agressivas e inadequadas. Velocidade de execução: Média.

Desempenho acadêmico: desempenho abaixo da média. Não foi possível avaliar, pois o aluno recusava-se a realizar atividades.

Indicação do professor: Psicologia, Psiquiatria e Psicopedagoga.

Comportamento e domínio afetivo: dificuldade em manter a atenção e a concentração. Impaciência, cansaço excessivo, agitação, comportamentopositor, permanecendo embaixo da mesa para não realizar as atividades.

Linguagem: (TDE) escrita e leitura abaixo do esperado. Reconhece e escreve algumas letras e seu primeiro nome. Leitura de palavras e pseudopalavras (recusou a realizar).

TDE – Aritmética: reconhece e escreve até o número 10.

Compreensão: instruções, sentenças duplo sentido e histórias (não realizou).

Par Educativo Projetivo: demonstra vínculo negativo com a aprendizagem, com aspectos regressivos nessa relação e valorização da aprendizagem assistemática. Não percebe o sentimento na relação, com certa agressividade oculta a quem ensina. Desenvolvimento motor abaixo do esperado. A escrita foi realizada pela avaliadora, onde se nota um sentimento de que alguém faz a lição de maneira prazerosa.

Durante seis meses, a criança recebeu a medicação com acompanhamento médico, terapia

psicológica no Centro de Pesquisa em Neuropsicologia e orientação e acompanhamento psicopedagógico na escola. Os resultados foram os seguintes:

Avaliação Psicopedagógica e Neuropsicológica após a Intervenção

Os resultados dos aspectos neuropsicológicos demonstram: Desempenho Intelectual Estimado (Wisc III¹⁴) 88 - médio inferior, sem discrepância. Memória a curto prazo (Digit Call) acima do esperado (Dot Matrix) acima do esperado (Listening Recall) acima do esperado; (Spatial recall) acima do esperado.

(EACI-P) - Comportamento – tranquilo, atende a todas as solicitações, interessado, motivado, colaborador, concentrado e integrado no grupo. Envolve-se afetivamente com as pessoas. Dificuldades em organização dos materiais. Estava sempre uniformizado. Assiduidade – não faltou a nenhuma aula no semestre. Relacionamento Social – excelente no relacionamento com colegas e professores. Velocidade de execução: Média.

Desempenho acadêmico: Muita mudança positiva, interesse em aprender, concentrado nas atividades, traz o material escolar, apesar de estar às vezes incompleto. Procura sempre ajudar. Atende às solicitações e se empenha na realização das atividades. Com tranquilidade aguarda as solicitações da professora e se relaciona com colegas em sala sem problemas. Escola oferece: Reforço escolar das dificuldades obtidas em sala. Linguagem: Escrita – classificação inferior para série e idade. Escreveu todas as palavras ditadas com omissão, trocas, acréscimos. Demonstra dificuldades na realização de alguns grafemas. Leitura – inferior para série e médio para idade, leu todas as palavras com sílabas simples, onde encontrou um significado. Demonstrou dificuldades no reconhecimento de alguns fonemas. Apresentou dificuldades para identificar sílaba complexa escrita com letras minúsculas, com trocas de algumas letras. Reconheceu somente letra de forma maiúscula. Leitura de frase: busca significado de letras e sílabas, não reconhece todos os grafemas e fonemas. Utiliza muito

pouco a comunicação verbal, responde somente o que é perguntado. Compreensão de texto (leitura realizada pelo avaliador) compreendeu as ideias principais. (TDE) Aritmética = inferior para série e médio para idade. Ainda não elaborou a subtração, consegue realizar somente no concreto; muita vergonha em mostrar o recurso utilizado (dedos); para realizar as operações de adição e subtração foram usados outros recursos como “colocar e tirar” Conta e escreve até 100. Espelha os números.

(Projetivo) Par Educativo - Nega e demonstra o vínculo negativo com a aprendizagem, com aspectos regressivos e impulsivos. Apresenta insegurança. Percebe-se no segundo desenho que aparecem nas figuras humanas boca, olhos e nariz, o que denota haver relação com o processo de comunicação entre as pessoas. Na escrita produzida pela criança, que se encontra no processo silábico-alfabético, surge a angústia por não conseguir fazer a lição, e quem ajuda é sua mãe. Desenvolvimento motor abaixo do esperado.

O estilo de aprendizagem predominante foi o reflexivo, demonstrando que o aluno apresenta as seguintes características: primeira observa, analisa o ambiente, para em seguida começar a participar dele. Em situação escolar, especificamente na sala de aula, a professora identifica como sendo o que primeiro espera os demais colegas falarem para depois se colocar e tecer comentário ou conclusão. Essa prudência o faz considerar as alternativas antes de se expor.

DISCUSSÃO

O TDAH traz prejuízos ao desempenho escolar, alteração de comportamento, e problemas nos vários ambientes sociais^{5,8,9}.

Quando a criança veio para primeira avaliação, demonstrou, nas avaliações cognitivas, psicopedagógicas e em seu comportamento, alterações significantes, o que sem dúvida trouxe muitos prejuízos ao acompanhamento das atividades escolares. Foi possível constatar prejuízos de leitura, escrita, aritméticos, nos aspectos emocionais e familiares. Não apresentava vínculo com a aprendizagem, e nem mesmo a

afetividade, não percebia o sentimento na relação, com certa agressividade oculta a quem ensinava. Apresentava desenvolvimento motor abaixo do esperado.

Após a intervenção medicamentosa durante seis meses, e o trabalho de mediação psicopedagógica no ambiente escolar, as mudanças foram bem perceptíveis por todos em casa e na escola. A primeira alteração positiva foi em relação a seu comportamento na escola, passando a demonstrar interesse, organização, concentração e tranquilidade em sala de aula no momento das realizações das tarefas. Foi comum ouvir a frase "parece outra criança".

Segundo a mãe, após as intervenções, o aluno mudou muito, estava sempre muito calmo, atendo às regras, não gritava para pedir as coisas, não ficava nervoso, concentrava-se nas atividades escolares, as quais fazia de maneira organizada e sem mesmo ser cobrado.

Na oportunidade, a psicopedagoga realizou intervenção junto aos profissionais da escola e mãe, com objetivo de mediar a relação entre a escola, a família, a criança e o serviço de saúde. Em vários momentos, a mãe participava de diálogos com a coordenadora e a psicopedagoga na escola. Essa orientação trouxe muitas expectativas para a família e a escola quanto ao sucesso do tratamento.

Quanto ao aspecto pedagógico, a escola passou a atendê-lo com reforço, uma vez que foi percebido ao longo da avaliação um prejuízo no acompanhamento dos conteúdos escolares. Na ocasião do acompanhamento, foi discutido com a professora que, considerando suas condições pedagógicas, o aluno necessitava de um trabalho mais voltado para o conteúdo anterior não assimilado, período esse relativo ao processo inicial da alfabetização.

Também durante as orientações junto à professora foi sugerido que estimulasse o aluno a manter mais diálogos com a mesma, pois apresentava dificuldades de elaboração verbal de suas dúvidas e angústias em sala de aula.

Os resultados após intervenção demonstraram mudanças muito significativas do ponto de vista qualitativo. A classificação nos testes

de leitura, escrita e aritmética foi inferior para série e média para idade. Com a disposição apresentada na avaliação foi possível analisar suas maiores dificuldades na leitura e na escrita, indicando dificuldades nos aspectos fonológicos do reconhecimento de letras, sílabas e palavras; na aritmética, com dificuldade de elaborar a subtração, necessitando de recursos concretos para chegar ao resultado. Torna-se importante visualizar no geral uma melhora bastante considerável, lembrando que o processo de aprender de uma criança envolve conhecimentos prévios para seus avanços, com reforço adequado para superar suas dificuldades.

CONCLUSÃO

Os resultados apontam para mudanças positivas em curto prazo com o tratamento com o metilfenidato, com melhora no comportamento e na impulsividade. Também foi imediato o interesse em aprender, no relacionamento com os colegas, na relação familiar e comunicação mais adequada com a professora. Em médio e longo prazo vai se instalando uma condição psicológica e pedagógica mais adequada para o processo de ensino-aprendizagem da criança, em função da terapia psicológica e mediação psicopedagógica. As avaliações e as intervenções interdisciplinares ampliam as possibilidades de sucesso no atendimento à criança, uma vez que apontam indicativos mais detalhados das dificuldades da criança, trazem a oportunidade de detecção, avaliação, diagnóstico e tratamento adequado para o caso. Os resultados na linguagem escrita apontam para a necessidade de reabilitação dos aspectos fonológicos, uma vez que, apesar de se encontrar na fase silábico-alfabética, o aluno apresentava trocas, omissões e acréscimos, demonstrando redirecionar suas metas para um processo mais adequado da aprendizagem.

A mediação psicopedagógica no acompanhamento e na orientação da criança, de profissionais da escola e da mãe trouxe uma possibilidade de inter-relacionar as pessoas através do diálogo de funções, competências e ações mais adequadas em como lidar com a criança com diagnóstico

do TDAH. As relações entre professor e aluno são fundamentais para o processo de aprender, assim há necessidade de estímulos mais positivos, adequação das atividades, relação afetiva do professor/aluno, trabalho pedagógico em sala de aula mais significativa, e ainda a reabilitação através de recuperação escolar do processo de alfabetização, anteriormente não assimiladas, em função de seu comportamento inadequado no ambiente.

O papel do professor nessa relação é de muita responsabilidade, e de muita importância, pois, em muitas vezes, os pais são poucos esclarecidos

e não conseguem orientar seus filhos em atividades escolares, passando a depender do olhar e do empenho do professor. Professores precisam se dotar de conhecimento para perceber não somente o comportamento, mas também definir melhor as dificuldades apresentadas nas avaliações.

A mediação psicopedagógica, tanto no ambiente escolar, como no processo de avaliação interdisciplinar, possibilitou uma relação importante entre profissionais, que juntos numa dimensão de Saúde e Educação, puderam provocar mudanças na vida da criança no período escolar.

SUMMARY

Attention deficit/hyperactivity disorder at school:
mediation psychopedagogical

The study presents a case of psycho-pedagogical mediation to the Attention Deficit/Hyperactivity Disorder diagnoses, treatment, and school/family/child guidance. The child was referred by the psycho-pedagogue to the interdisciplinary evaluation of the psycho-pedagogical, neuropsychological, neuropediatrician, psychiatric and familiar aspects. The school and mother's complain was that the child was aggressive, objector, declining to do the activities, troublemaker at home and at school, disorganized, careless with his/her personal belongs, difficulty in keeping friends and not interested in classes. The child was treated with methylphenidate, with a prompt impulsivity and neglect improvement. Neuropsychological and psychiatric tests have been applied, behavior scales, before and after the drug treatment. After the treatment and the interventions, a great behavior improvement was verified, as in the learning process and in the social relations. The tests results were for better, concerning to the learning process, it was possible to realize a phonologic difficulty, which was not identified previously due to the refusal. During the scholar guidance, the psycho-pedagogue noted that the child was taking tutoring classes at school, with a content related to the current subject, and so it was advised that the literacy ability should be worked with a focus on the phonologic aspects due to the difficulties showed in the writing and reading skills. The Health-Education relation brought out important prospects and interventions in the scholar life, showing that it is possible to change the behavior and the quality of learning in children with ADHD.

KEY WORDS: Attention deficit disorder with hyperactivity. Attention deficit and disruptive behavior disorders. Schools.

REFERÊNCIAS

1. Moojen S, Costa AC. Semiologia psicopedagógica. In: Rotta NT, Ohlweiler L, Riesgo RS, eds. Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.103-12.
2. Fonseca MFBC, Cardoso TSG, Muszkat M, Bueno OFA. Análise da associação entre o desempenho acadêmico, a velocidade de execução das tarefas e o comportamento da criança a partir da EACI-P. Rev Psicopedagogia. 2011;28(87):226-36.
3. Beltrami K. Inventário de estilos de aprendizagem para crianças Portilho/Beltrami: o estilo de aprendizagem de crianças e da professora de educação infantil [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Universidade Católica do Paraná; 2008.
4. Salami M, Sarmento DF. Interfaces conceituais entre os pressupostos de L. S. Vygotsky e de R. Feuerstein e suas implicações para o fazer psicopedagógico no ambiente escolar. Rev Psicopedagogia. 2011;28(85):76-84.
5. Muszkat M, Miranda MC, Rizutti S. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. São Paulo: Cortez; 2011.
6. Barkley RA. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade – TDAH. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
7. Barkley RA. Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
8. Rodhe LA. Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Porto Alegre: Artmed; 2003.
9. Rotta NT, Ohlweiler L, Riesgo RS. Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.301.
10. Stauffer WB, Greydanus DE. Attention-deficit/hyperactivity disorder psychopharmacology for college students. *Pediatr Clin North Am.* 2005;52(1):71-84.
11. Stein LM. TDE - Teste de Desempenho Escolar: manual. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.
12. Brito GN. EACI-P - Escala de avaliação do comportamento infantil para o professor: manual. 1ª ed. São Paulo: Vetor; 2006.
13. Chamat LSJ. Diagnóstico psicopedagógico: o diagnóstico clínico na abordagem interacionista. Técnicas de intervenção psicopedagógica: para dificuldade e problemas de aprendizagem. 1ª ed. São Paulo: Vetor; 2004.
14. Wechsler D. WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: manual. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Trabalho realizado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil.

*Artigo recebido: 11/7/2012
Aprovado: 30/9/2012*

